Ueber

Fremdkörper im Magen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfred Pellengahr
aus Ascheberg (Westphalen).

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn

Ueber

Fremdkörper im Magen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfred Pellengahr
aus Ascheberg (Westphalen).

ACAD. MED. BAT. BIBL.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Angerer.

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken an meinen Vater

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552320_0092

Die im menschlichen Organismus vorkommenden Fremdkörper können wir einteilen in relative und absolute. Zu den ersteren gehören alle im Körper selbst erzeugten Produkte, welche einem physiologischen Zwecke nicht mehr dienen, wie z. B. Ansammlungen normaler oder pathologischer Sekrete, Konkrementbildungen und abgestorbene Gewebsteile. Zu den Fremdkörpern im engeren Sinne, den absoluten, rechnet man diejenigen Bestandteile des Körpers, welche auf irgend eine Art erst von aussen hineingelangt sind, und teilt sie ein in belebte, zu denen die Epizoen und Entozoen gehören, und in die leblosen. Letztere können nun wieder durch Wunden in den Körper gelangt sein oder durch die Eingangspforte einer der nach aussen mündenden Höhlen oder Kanäle, wie z. B. Auge, Ohr, Nase, Pharynx, Trachea, Ösophagus, Magen, Darm, Blase, Vagina u. s. w. Aus dem Angeführten ergibt sich leicht die ausserordentliche grosse Mannigfaltigkeit des Vorkommens von Fremdkörpern im menschlichen Organismus. Wie mannigfaltig nun auch das Vorkommen von Fremdkörpern im Organismus ist, so darf es uns aber doch nicht wundern, wenn die Litteratur uns ausschliesslich nur solche Fälle mitteilt, bei welchen entweder eine unblutige Entfernung des Fremdkörpers mit grosser Mühe verbunden war, oder eine blutige Operation ausgeführt werden, oder endlich der Patient den Folgen des Fremdkörpers erliegen musste; denn viele Fälle, bei denen ärztliche Hilfeleistung zur Entfernung des Fremdkörpers erforderlich war, fallen der Vergessenheit anheim, einerseits

weil die Extraktion, da sie leicht und schnell gelang, dem Arzte im Verhältnis zu anderen Operationen oft zu unbedeutend erscheint, als dass er sie der Litteratur übermittelt, anderseits weil der Patient einen solchen Zwischenfall, der schnell entstanden und ebenso schnell wieder vergangen ist, bald aus dem Gedächtnis verliert.

Um nun zuerst einiges über die Behandlung der Fremdkörper im allgemeinen folgen zu lassen, so können wir wohl sagen, dass sie so alt ist, wie das Menschengeschlecht selbst, und das hat seine Begründung in dem Verhältnis des Menschen zu der ihn umgebenden Aussenwelt; und wohl mit Recht sagt der grosse geniale Chirurg Heister in der Einleitung zu seinen chirurgischen Institutionen: „Tamenetsi, ut verum fatear, Chirurgicam, egomet cum Celso atque aliis, inter omnes medicinae partes vetustissimam, ipsique hominum generi prope coaevam, imo veram medicinae parentem, adeoque antiquiorem esse, non sine ratione credam. Scilicet, quo propiores primae rerum origini fuerunt homines, hoc minus etiam propter et consuetum temperantiae studium ac bonos mores, quos nulla, ut Celsus loquitur, luxuria vitiaverat, et connatum ipsius naturae robur, interioribus morbis opportuni fuerunt atque obnoxii; itaque nec internis adversae valetudinis auxiliis magnopere indiguerunt. Contra vero iidem noxis membrorum externis, et quae manuum opem requirere solent, aeque facile ac frequenter, quam nostrae huius aetatis homines adfligi procul dubio potuerunt.“

Allein trotz des unendlich hohen Alters der Behandlung der Fremdkörper finden wir dieselbe bis auf den Beginn der römischen Weltherrschaft nur äusserst dürftig entwickelt und ausgebildet. Zwar dürfen wir von den Chinesen und Japanern, welche, bis auf die Neuzeit herab, der gesamten Heilkunde gegenüber eine ablehnende Haltung bewahrt haben, gewiss keine nennenswerte Förderung der

Chirurgie zu finden hoffen; allein auch bei den Indern, welche schon in den frühesten Zeiten einige Operationen zu einer bewundernswerten Vollkommenheit ausgebildet hatten, finden wir die Chirurgie im allgemeinen noch auf einem relativ frühen Entwicklungsstadium stillestehen. Der Mangel an anatomischen Kenntnissen hatte früh dem Fortschritte ihres strebsamen Geistes eine unüberwindliche Schranke gesetzt. Selbst in Ägypten, der Wiege menschlicher Bildung, blieb die Chirurgie auf einer sehr niederen Stufe der Ausbildung stehen. Was aber noch viel mehr Anlass zur Verwunderung bietet, ist die Thatsache, dass selbst Hippokrates, der eigentliche Schöpfer der wissenschaftlichen Medizin, die Lehre von den Fremdkörpern völlig fremd geblieben ist, obschon doch die vielen Kriege seiner Zeitgenossen reichliche Gelegenheit zu Beobachtungen und Erfahrungen auf diesem so wichtigen Gebiete der Chirurgie dargeboten hätten. Wie war es denn möglich, dass derselbe grosse Operateur, dessen Werke uns heute noch zur höchsten Bewunderrng und Begeisterung für ihren Verfasser hinzureissen im stande sind, jenes in vielfacher Beziehung so überaus wichtige Kapitel völlig unberührt und unentwickelt den Epigonen überliefert hat! Fast voller vier Jahrhunderte bedurfte es noch, bis dieses Kapitel der Chirurgie seine Bearbeitung fand, und in der That hat A. Corn. Celsus diese Aufgabe in bewundernswerter Weise gelöst. Ihm gebührt das grosse Verdienst, die Komplikationen der Wunden mit zurückgebliebenen Geschossteilen zuerst wissenschaftlich und für die damalige Lage erschöpfend behandelt zu haben. Allein mit dem Fall des römischen Reiches war auch der Rückgang der Chirurgie ein rascher, welche allmählich durch die Blutscheu der Araber einerseits, durch die Ignoranz und den Aberglauben der Mönche andererseits einem folgenschweren Verfall entgegenging.

Erst ein gutes Jahrtausend nach Celsus finden wir die ersten Spuren eines Wiedererwachens der Chirurgie auf den neugegründeten Gelehrtenschulen, zuerst in Italien, dann auch in Frankreich und Deutschland. Aber erst in das 16. Jahrhundert fällt der Beginn eines neuen Wiederaufblühens der Chirurgie, man lernte die neugewonnenen anatomischen Kenntnisse praktisch in der operativen Chirurgie zu verwerten; und nachdem die Chirurgen einmal diese Bahn betreten hatten, sehen wir die Chirurgie, von den Fortschritten der Anatomie geleitet, in einer unaufhaltsamen Entwicklung begriffen.

Indes die Ausbildung der Technik der Operationen, in einem gewaltigen Aufschwung begriffen, war einem andern, fast ebenso wichtigen Zweig der Chirurgie, der Wundbehandlung, weit vorausgeeilt, und hatte diese, die nur langsam fortschritt, gleichsam als hinkenden Boten zurückgelassen. Daher ist es nicht zu verwundern, wenn die Lehre von den Fremdkörpern seit ihrer Begründung durch Celsus nur langsame Fortschritte machte.

Erst der Neuzeit war es vorbehalten, auch in diesem Kapitel der Chirurgie Licht und Wandel zu schaffen, und dasselbe auf gleiche Höhe mit den andern ihm vorausgeeilten Zweigen der Chirurgie zu erheben. Denn die drei grössten Errungenschaften, welche die Chirurgie seit Jahrhunderten gemacht hat, nämlich Anästhesie durch Narkose, blutleere Operation nach Esmarch, und die bedeutendste Errungenschaft, die Antisepis durch Listers Entdeckung, haben in der That auf dem Abschnitt der Chirurgie, welchen die Fremdkörper darstellen, eine bedeutende Reform hervorgerufen. Sie haben an die Stelle der exspektativen Behandlung, welche durch die früher so schlechten Operationsresultate geboten war, die blutige Operation gesetzt, indem sie die Scheu vor der Eröffnung von Körperhöhlen verbannten

und dem Operierenden die beruhigende Gewissheit gaben, dass unter der antiseptischen Methode keine jener Gefahren zu befürchten sei, welche früher einer Operation fast notwendig folgen mussten und den letalen Ausgang herbeiführten; sicherlich mussten früher die Gefahren der komplizierenden Wunderkrankungen als viel grösser und verderblicher erscheinen, als die durch den Fremdkörper gesetzten Störungen, sonst hätte man sich nicht immer entschlossen, auf eine spontane Lösung oder Ausstossung zu warten.

Während früher das Peritoneum als ein „Noli me tangere“ betrachtet wurde, dessen Verletzung eine unmittelbare septische Infektion nach sich ziehen musste, ist der Grundsatz der heutigen Chirurgie: Man kann das Peritoneum zerstechen, zerschneiden, zerhauen; sobald man es nur unter antiseptischen Cautelen vollführt, wird man keine Gefahr der Infektion heraufbeschwören. Diese Errungenschaft gibt dem Operateur die Sicherheit und den Mut, ohne Bedenken auf einen in der Bauchhöhle sitzenden, sicher diagnostizierten Fremdkörper einzuschneiden.

Zu weit würde es aber führen, uns hier über die Entfernung aller Fremdkörper, welche im menschlichen Organismus vorkommen können, näher zu verbreiten, sei es nun, dass sie ohne Beschwerden mit dem Stuhl abgehen, oder durch Abscessbildung sich entleeren, oder durch Erbrechen wieder entfernt werden; und so soll es denn unsere spezielle Aufgabe sein, einige Beispiele über diejenigen Fremdkörper anzuführen, die per os in den Magen gelangten, und deren Entfernung nicht per vias naturales erfolgte, sondern wo die Gastrotomie in ihre Rechte treten musste.

Unter Gastrotomie versteht man die kunstgemässe Eröffnung des Magens, welche ausschliesslich zur Entfernung von in den Magen eingedrungenen Fremdkörpern ausgeführt wird.

Über diese Art der Therapie zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Magen äussert sich Tillmanns folgendermassen: Die Vornahme der Gastrotomie ist besonders dann indiziert, wenn sich im Magen ein grösserer, spitzer, eckiger, scharfrandiger Gegenstand befindet, dessen schadloser Durchtritt durch den Darmkanal unwahrscheinlich ist, ferner wenn heftige Schmerzen vorhanden sind, oder Abscessbildung oder Perforation des Magens drohen.

Ein Fall nun, der im Frühjahr 1898 in der Klinik des Herrn Obermedizinalrates Professor Dr. v. Angerer zu München mit günstigem Erfolge behandelt und zur Heilung gebracht wurde, und welcher zur Anfertigung dieser Arbeit Veranlassung gab, beweist aufs neue, wie sehr die Gastrotomie zur Entfernung von Fremdkörpern am Platze ist, wenn dieselben im Magen liegen bleiben und dort Beschwerden der verschiedensten Art verursachen.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Mann, der Jahre lang als Esskünstler auftrat und allerhand mögliche Gegenstände verschluckte.

Die Krankengeschichte ist nun folgende:

Patient ist der 21 Jahre alte Weinküfer Georg Kössner aus München. Sein Vater ist gesund. Mutter starb bei einer Geburt. Patient tritt seit dem Jahre 1891 als Artist und Esskünstler auf, er verschluckte allerlei mögliche Gegenstände: Taschenmesser, Glasscherben, Streichhölzer, Theelöffel, Steine, trinkt Petroleum und Spiritus, und lässt sich fast am ganzen Körper Nadeln und Nägel tief in die Haut stechen. Während nun in den ersten Jahren die verschluckten Gegenstände meist nach 2—3 Tagen wieder mit dem Stuhl abgingen, ohne wesentliche Beschwerden zu verursachen, bestehen seit ungefähr drei Jahren Magenbeschwerden, die Patient auf diese Produktionen zurückführt. Im vorigen Jahre 1897 blieben nun einige Gegenstände

(Theelöffel) offenbar im Magen zurück. Es traten ziemlich heftige Magenbeschwerden auf, weshalb sich Patient schon im Jahre 1897 und zwar am 12. II. in die hiesige chirurgische Klinik begab. Seine damaligen Beschwerden bestanden hauptsächlich in fortwährendem Erbrechen und starker Druckempfindlichkeit des Abdomens. Unter Magenspülungen traten Besserungen ein, doch bestand Obstipation hartnäckig weiter. Man versuchte durch Einläufe Stuhl zu erzielen, einmal wurden mit demselben Nägel und Schrotkörner entleert.

Auch die Röntgenphotographie verlief negativ, und der durch Drastica entleerte Stuhl enthielt keine Fremdkörper.

Es wurde nun eine Scheinoperation bei ihm gemacht. Hautschnitt auf der rechten Seite. Patient fühlt sich nach dieser Operation vollkommen wohl und hat keine Schmerzen mehr im Abdomen. Stuhl erfolgt spontan, und Appetit ist reichlich, so dass am 27. II. Patient gesund entlassen werden konnte.

Es sei hier gleich bemerkt, dass Patient sehr hysterisch ist.

Am 23. I. 1898 verschluckte Patient wieder elf Taschenmesser, sowie einige bleierne Theelöffel. Wenige Stunden darnach erschienen zwei von den Taschenmessern und einige Bruchstücke von Theelöffeln wieder im Stuhl. Dann aber trat Obstipation ein, und stellten sich heftige Schmerzen im Abdomen ein. Erbrechen will Patient niemals haben.

Am 27. I. begab sich Patient ins hiesige städtische Krankenhaus l. d. I., wo er 16 Tage lang lag. Während dieser Zeit hatte er viermal Stuhl ohne Einlauf. Es wurden anfangs täglich zweimal, nach drei Tagen täglich einmal Magenspülungen bei ihm vorgenommen. In dem Stuhl vom 28. I. befand sich die eine Hälfte eines blechernen Theelöffels.

Am 12. II. wurde Patient in die Klinik des Herrn Ober-

medizinalrates Professor Dr. v. Angerer verlegt. Die Untersuchung in derselben ergab folgenden Befund:

Abdomen weich, gut palpabel, derselbe verursachte Schmerzen im Hypogastrium bei starkem Druck. Der aufgeblähte oder angefüllte Magen reicht bis handbreit über die Symphyse. In der Nähe des Nabels fühlte man links einen festen Fremdkörper von der Grösse und Dicke eines Fingers. Die Magenspülungen fördern eine zähschleimige Flüssigkeit zu Tage, welche aber nach Einlauf von 4 Liter Wasser vollkommen klar wird. Der ausgehobene Mageninhalt zeigt grünliche Farbe und reagiert schwach sauer, es ist keine freie Salzsäure vorhanden.

Bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ist unterhalb des Nabels im linken Hypogastrium eine mehrere fingerbreite fast handlange dunkle Fläche zu erkennen.

Nachdem so der Fremdkörper nachgewiesen war, wurde die Operation vorbereitet. Täglich wurde der Magen ausgespült. Am 14. II. bekam Patient einen Einlauf, worauf harter Stuhl in reicher Menge erfolgte, das zweite Mal am 15. II. erfolgte weicher Stuhl.

Als Nebenbefund ergab sich Empfindungslosigkeit am ganzen Körper, ausser am Unterleibe unterhalb des Rippenbogens und an den in gleicher Höhe am Rücken befindlichen Partieen, sowie an den Fussohlen und Augenlidern. Die motorischen Reflexe sind sehr gesteigert, während die sensiblen herabgesetzt sind. Lungen und Herzbefund normal. Patient hat keine Fieber.

Am 16. II. wurde nun die Gastrotomie ausgeführt. Der Schnitt wurde in der Mittellinie vom Nabel bis handbreit oberhalb der Symphyse angelegt, das Peritoneum eröffnet und Magen und Darm abgetastet. Man fühlte am Magen, nach oben rückwärts verlagert ein beträchtliches Paket Fremdkörper. Es wird daher der Schnitt nach oben ver-

längert, der Magen zwischen Kochsalzkompressen aus der Bauchhöhle gezogen und eröffnet, sodann mit einer Kornzange eingegangen und sieben geschlossene Taschenmesser, die Hälfte eines Theelöffels und der Griff eines Perkussionshammers zu Tage gefördert.

Nachdem so die Fremdkörper entfernt waren, wurden Magen, Peritoneum und Bauchdecken wieder vernäht.

Der weitere Verlauf war folgender: Gegen Abend trat leichtes Erbrechen schleimiger Massen ein. Der Puls war kräftig. Patient war von der Narkose noch sehr angegriffen. Nachts $^1/_2$4 Uhr trat angeblich Stickanfall ein, ärztlicherseits aber konnte nichts Besonderes an der Lunge konstatiert werden. Auf subcutane Morphiuminjektion trat Ruhe ein. Die folgende Nacht war gut, Puls ziemlich gespannt, Frequenz 82, Abdomen schmerzfrei. Vom 18. II. ab erhielt Patient etwas Wasser zu trinken, er hatte ziemlich viel schleimig-eiterigen Auswurf und klagte über Hustenreiz. Auf der Lunge keine Differenz. Am 19. II. war der Auswurf eiterig mit etwas Blut vermischt. Vom 20. II. ab bekam Patient etwas Bouillon. Am 22. II. liess der Husten nach. Bisher war noch kein Stuhl erfolgt. Als Getränke und Speisen wurden Saft mit Wasser, Milch und Eier gegeben. Am 24. II. war der Puls verlangsamt, Frequenz 62. Lungenbefund ergab rechts oben bis zum untern Rande des Schulterblattes Dämpfung und bronchiales Atmen mit Rasselgeräuschen gemischt. Auswurf war stark eiterig. Patient erhielt Morphium-Tropfen und Priessnitz'sche Umschläge. Am 26. II. waren Lungenerscheinungen ziemlich zurückgegangen. Auswurf war wenig, und bisher noch kein Stuhlgang erfolgt. Der Verband wurde an diesem Tage gewechselt, und konnten sämtliche Nähte entfernt werden, und war die Wunde also nach zehn Tagen per primam geheilt. Am 2. III. hatte Patient starken Druck im Abdomen, es wurde ein Einlauf

gemacht, worauf reichlicher Stuhl steinhart entleert wurde. Die Lungenerscheinungen waren am 10. III. fast vollständig zurückgegangen, und hatte Patient seit diesem Tage wieder volle Kost, die gut vertragen wurde. Alle 2—3 Tage wurden nun Einläufe gemacht, worauf Stuhl erfolgte. Ende März traten von seiten des Abdomens keine Erscheinungen mehr auf, und konnte Patient am 18. IV. auf eigenes Verlangen entlassen werden.

Zu bemerken wäre noch, dass Patient am Rücken eine starke Verbrennung der Haut infolge langer Einwirkung der Röntgenstrahlen davontrug. Die Wunde nässte anfangs sehr stark, so dass der Verband sehr oft gewechselt werden musste. Die Brandfläche wurde zuerst mit Zinksalbe, dann mit Dermatolsalbe behandelt, worauf sie sehr schön abheilte.

Im folgenden sei es mir gestattet einen Fall anzuführen, den Geh. Medizinalrat Professor Dr. Schönborn auf dem XII. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 5. April 1883 mitteilte.

Es handelte sich um ein etwas anämisches, ein wenig nervöses Mädchen, welches seit dem zehnten Lebensjahre vielfach an chronischen Beschwerden gelitten hat. Es bestand bei ihr ausserdem eine erhebliche Scoliose im untern Abschnitte der Brustwirbelsäule nach rechts. Seit ihrem 13. Jahre klagte Patientin über Beschwerden ihres Magens. Vor $1^1/_2$ Jahren soll nun zuerst eine Geschwulst in der Abdominalhöhle konstatiert worden sein. Die Kranke wurde zunächst in die innere Klinik gebracht, und hier wurde ein äusserst verschieblicher Tumor in der linken Hälfte des Abdomens festgestellt, der sich mit Leichtigkeit ganz unter den linken Rippenbogen reponieren liess. Wenn man einen Druck auf die falschen Rippen ausübte, schnellte der Tumor wieder hervor, und gelangte soweit nach unten, dass er noch etwa 3 cm unterhalb des Nabels zu fühlen war. Die Be-

schwerden, welche die Geschwulst der Patientin verursachten, bestanden in erheblichen Schmerzen. Die Geschwulst war auch bei der direkten Palpation etwas empfindlich, und die Beschwerden so erheblich, dass Patientin schliesslich verlangte, auf irgend einer Weise von der Geschwulst befreit zu werden.

Was nun die Diagnose des Leidens anlangte, so war von einem Arzte, der die Kranke zuerst behandelt hatte, der Gedanke ausgesprochen, es könnte sich um einen Milztumor handeln. In der innern Klinik kam man zu der Überzeugung, dass die Geschwulst wahrscheinlich eine Wanderniere wäre. Die grosse Beweglichkeit, die erheblichen Schmerzen, die sie bei der Dislocation machte, und welche zum Teil gemildert wurden, wenn man die Geschwulst abhob, und der Umstand, dass eben gar keine Anhaltspunkte für eine anderweitige Deutung der Geschwulst aufzufinden waren, schienen zu Gunsten dieser Diagnose zu sprechen. Auch die Form der Geschwulst, wie sie durch die Bauchdecken durchfühlbar war, war derjenigen einer Niere verhältnismässig ähnlich. Die Patientin wurde in Narkose untersucht, und hierbei liess sich der Tumor mit Leichtigkeit so weit nach unten schieben, dass man ihn gleichzeitig auf die hohe Kante stellen konnte.

Die Kranke wurde nun von der innern Abteilung in die chirurgische Klinik verlegt. Der Herr Professor Dr. Schönborn untersuchte die Patientin wieder in Narkose und kam schliesslich zu demselben Resultat, dass es sich am wahrscheinlichsten um eine Wanderniere handle. Ein Symptom jedoch bestand, welches nicht ganz damit übereinstimmte. Die Kranke hatte nämlich, als die Geschwulst anfing sich zu entwickeln, und auch während ihres Aufenthaltes in der Klinik, hauptsächlich Beschwerden während der Nacht, also bei ruhiger Lage, sie lag am liebsten auf

der linken Seite. Ferner war das zeitweise sehr häufig auftretende Erbrechen unerklärlich. Die Kranke erbrach gelegentlich 2—4 Mal in 24 Stunden, ohne dass in dem Erbrochenen etwas Abnormes zu finden gewesen wäre. Dann kamen wieder 3—4 Tage, an denen die Patientin kein Erbrechen hatte. Im übrigen war die Verdauung regelmässig, und weitere erhebliche Anomalien waren, abgesehen von der hochgradigen Scoliose, nicht aufzufinden.

Es wurde nun, da die Patientin es selbst wünschte, die Laparotomie vorgenommen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle trat der nach unten gesunkene Magen sofort zu Tage, dessen Gefässe stark gefüllt waren, aber sonst gesund aussah. Bei näherer Untersuchung stellte sich heraus, dass der Magen über dem Tumor verschiebbar war. Es wurde nun die vordere Magenwand incidiert mittels eines 11—12 cm langen Schnittes, und es trat nun die Geschwulst offen zu Tage, die frei im Magen lag. Dann wurde der Tumor herausgehoben, der Magen sorgfältig ausgespült und wieder vernäht und dann die Bauchwunde geschlossen.

Der Verlauf war reaktionslos. Die Patientin hatte erst nach 36 Stunden einmal Erbrechen, was aber auch auf die Chloroformnarkose zurückgeführt werden kann, später blieb das Erbrechen aus. Die Kranke wurde sehr vorsichtig ernährt. In den ersten zwei Tagen erhielt sie nur Clysmata mit Wasser und kleinen Quantitäten Tct. Op. Am dritten Tage abends bekam sie erst einige Löffel Wein per os.

Drei Wochen nach der Operation konnte Patientin gesund entlassen werden, es wurden alle Speisen gut vertragen.

Die Geschwulst stellte sich auf den ersten Blick ganz aus ziemlich kurzen Haaren zusammengesetzt dar. Die Kranke gestand nun, wovon sie vor der Operation nichts

gesagt hatte, dass sie vor vier Jahren ein Jahr lang von ihren Zöpfen die Spitzen abgebissen und energisch Haare gekaut habe, „um eine helle Stimme zu bekommen“. Die Geschwulst hatte ein Gewicht von 281 gr, war 13½ cm lang, 10½ cm breit und 5—6 cm dick, und sie zeigte fast ganz genau den Abguss eines zusammengezogenen Magens mit der grossen und kleinen Curvatur.

Vorstehender Fall war der erste, in dem der Fremdkörper aus Haaren bestand und per Gastrotomiam entfernt wurde.

Es sind aus der Litteratur bis zum Jahre 1883 noch sieben andere Fälle bekannt, in denen Haargeschwülste im Magen waren, und waren die Patienten mit einer Ausnahme weibliche Individuen.

Der erste 1779 veröffentlichte Fall war ein 16jähriger junger Mann, der teils sich, teils seinen Brüdern, teils andern Menschen Haare ausgerissen und verschluckt hatte. Bei den übrigen sechs kam die Geschwulst stets auf die Weise zu stande, dass die Frauen sich daran gewöhnt hatten, sich selbst oder auch andern die Haare auszureissen und dann zu verschlucken. In keinem der Fälle aber ist die Diagnose während des Lebens der Kranken gestellt worden. Die Kranken sind sämtlich an diesen Geschwülsten, teils an Perforationsperitonitis, teils an nicht zu stillendem Erbrechen zu Grunde gegangen, und die Diagnose konnte erst bei der Autopsie gestellt werden.

Während nun der oben mitgeteilte Fall einer der ersten Fälle war, wo die typische Gastrotomie zur Entfernung von Fremdkörpern gemacht wurde, und der Verlauf ein günstiger war, so berichtet uns die Litteratur noch über ältere Fälle von Gastrotomie, die aber zum Teil noch in eine Zeit fallen, wo die Chirurgie noch nicht den Grad der Vollkommenheit erreicht hatte, wie jetzt, und wo man von Antisepsis noch so gut wie gar nichts wusste.

Der erste und älteste in der Litteratur verzeichnete Fall von Gastrotomie wurde im Jahre 1602 in Prag durch Florian Mathis aus Brandenburg an einem 36jährigen böhmischen Bauer, Namens Matthäus, ausgeführt, um ein sieben Wochen zuvor verschlucktes, $9^1/_2$ Zoll langes Messer, dessen Spitze schon durch die Bauchwand durchzudringen begonnen hatte, zu entfernen. Es trat Heilung ein.

Im Jahre 1613 entfernte ein polnischer Arzt, Namens Grujer, ein verschlucktes Messer durch den Magenschnitt. (Heilung.)

Ein weiterer Fall von Gastrotomie wird uns von Daniel Beckerus mitgeteilt, welche im Jahre 1635 zu Königsberg stattfand.

Es handelte sich um einen 22jährigen Bauer, der etwa vier Wochen zuvor ein Messer verschluckt hatte. Auf Beschluss und in Gegenwart der medizinischen Falkultät in Königsberg, in Anwesenheit aller Studierenden, wurde nach Anrufung der Hilfe Gottes die Gastrotomie durch Daniel Schwabe ausgeführt. Der Magen war an die Bauchwand nicht angelötet und musste hervorgezogen werden. Der Kranke wurde geheilt.

Grosses Aufsehen erregte die Operation, die Labbé zur Entfernung eines Fremdkörpers ausgeführt hat.

Ein 18jähriger junger Mann hatte eine Gabel, die er zur Produzierung eines Kunststückes in die Rachenhöhle eingeführt hatte und deren Zinken er mit den Zähnen festhielt, bei einem Scherze eines Kameraden den Zähnen entgleiten, und tiefer in die Speiseröhre hinabrutschen lassen. Mehrfache Extraktionsversuche blieben erfolglos, die Gabel gelangte vielmehr in den Magen, wo sie durch Labbé mit einer Sonde nachgewiesen wurde. Patient bekam oft schmerzhafte Anfälle, während welcher er genötigt war, eine ganz zusammengeknickte Haltung auf der linken Seite einzuhalten.

Die Zinken der Gabel konnten an der Grenze der linken regio hypochondriaca und der regio epigastrica von aussen palpiert werden. Es wurde nun zunächst versucht, eine Anwachsung des Magens an die vordere Bauchwand herbeizuführen. Zu diesem Zwecke wurde die Bauchwand mehrmals tief geätzt. Zwei Jahre nach dem Unfall wurde endlich die Gastrotomie notwendig. Bei der Eröffnung fanden sich keine Adhäsionen vor, der Magen wurde hervorgezogen und mit Nähten in die Bauchwand fixiert.

Nach Einschnitt in den Magen wurde die Gabel mit einer Polypenzange gefasst, aus den sie umgebenden Wucherungen losgemacht und herausgezogen. Die Operation war aufs beste gelungen, und konnte Patient nach einiger Zeit geheilt entlassen werden.

Tollaillon berichtet: Ein 25jähriger Marktschreier unterhielt sich mit einigen Freunden in der Art, dass er eine Gabel in Rachen und Speiseröhre versteckte, während die Spitzen mit den Zähnen gehalten wurden. Bei einem solchen Kunststück rutschte die Gabel mit dem stumpfen Ende voran in den Magen. Die Diagnose war schwer zu stellen, da der Fremdkörper nirgends deutlich fühlbar war und auch die Ösophagussonde kein Resultat ergab. Dagegen wurde eine Magnetnadel stets nach der Magengegend abgelenkt, ein in der Magengegend aufgehängter Elektromagnet gegen die Haut angezogen. Daraufhin machte Tollaillon die Gastrotomie und entfernte die Gabel. Der Patient wurde geheilt.

Fleury extrahierte ebenfalls eine Tischgabel durch Gastrotomie aus dem Magen, dieselbe war von einem 42jährigen Manne bei einer Spielerei verschluckt worden. Zu Anfang machte sie keine nennenswerten Beschwerden, zwei Monate darauf bekam Patient nach einem Sprunge Schmerzen und fühlte die Zinken der Gabel durch die Bauchwand.

Es wurde nun ein Schnitt längs des äusseren Randes der Recti gemacht; die in der Muskulatur steckenden Zinken wurden herauspräpariert, und der Stiel der Gabel, der noch in der Magenwand steckte, durch kreisförmige Schnitte gelöst. Dann wurde die Magenwunde durch eine fortlaufende Catgutnaht vereinigt. Nach vier Wochen konnte Patient geheilt entlassen werden.

Fedeli berichtet folgenden Fall: Eine 50 Jahre alte, infolge eines Unglücksfalles in der Familie wahnsinnig gewordene Bauernfrau verschluckte in selbstmörderischer Absicht eine Hand voll Glasscherben, zwei Nägel, den messingenen Handgriff und die vier Zinken einer Essgabel, worauf sich grosse Schmerzen, Schlaflosigkeit, heftige Krämpfe und hartnäckiges Erbrechen einstellten. Als die Frau ihren Verstand wiedererlangt hatte und angab, obige Fremdkörper verschluckt zu haben, wurde ihr kein Glauben geschenkt. Erst als dann im rechten Hypochondrium ein stechender Schmerz und eine kleine in Eiterung übergehende Geschwulst auftraten, erinnerte man sich ihrer Angabe. Einige Tage später wurde dann auch wirklich eine eiserne Spitze fühlbar, welche das untere aus dem Griff herausgezogene Gabelende war. Da die Patientin einen operativen Eingriff verweigerte, blieb sie elf Monate in diesem Zustande im Bette liegen. Erst dann wurde von der Patientin die Gastrotomie genehmigt und die Extraktion der Gabel ausgeführt. Nach 15 Tagen war die Wunde ganz vernarbt, und die Patientin wieder hergestellt.

Bell führte bei einem Individuum, welches eine $10^1/_2$ Zoll lange Bleistange verschluckt hatte, mit glücklichem Erfolge die Gastrotomie aus.

Ein von Gussenbauer beschriebener Fall betraf einen 19jährigen Schwertschlucker, dem bei einer Verneigung gegen das applaudierende Publikum die Schwertklinge im Ösophagus

abgebrochon war. Wegen der Erstickungsgefahr wurde das abgebrochene Stück in den Magen hinabgestossen, wo es jedoch weder durch Sondierung, noch durch Palpation, sogar nicht einmal in Narkose nachgewiesen werden konnte. Es wurde zunächst abgewartet; da sich aber Fieber, Erbrechen und Singultus einstellten, wurde am dritten Tage die Gastrotomie gemacht. Der Fremdkörper wurde mit Vorsicht extrahiert und die Wunde wieder vernäht. Eine jedoch bereits vorhandene Perforationsstelle am Fundus des Magens, die aber erst bei der Autopsie festgestellt wurde, hatte allgemeine septische Peritonitis zur Folge, woran der Kranke zu Grunde ging.

Thornton erzählt nachstehenden Fall. Es wurde ihm ein 18jähriges Mädchen zugeschickt, welche einen Abdominaltumor hatte. Sonst war anamnestisch nichts zu erfahren. Auf ein Drastikum entleerte Patientin ein kleines Konkrement von Haaren und Kot, und gab nun an, dass sie einige Jahre lang ihr ausgekämmtes Haar und die Enden ihrer Nähbaumwolle gegessen habe, „um ihre Zunge zu reinigen“. Da abermals angewandte Drastica wieder keinen Erfolg hatten, und die Kranke sehr dabei herunterkam, wurde die Gastrotomie ausgeführt. Der Haarballen lag frei im Magen und wurde durch einen fünf Zoll langen Schnitt entfernt. 29 Tage nach der Operation wurde Patientin gesund entlassen.

Noch viele ähnliche Fälle könnten hier angeführt werden, hat doch Credé eine Tabelle über 26 verschluckte Fremdkörper herausgegeben.

Aber die einzelnen Fälle sind so verschieden von einander, so dass eine zusammenfassende Besprechung kaum möglich ist. In der einen Gruppe handelte es sich um Spaltung eines durch Perforation des Fremdkörpers entstandenen Abscesses und um Extraktion des Fremdkörpers. In einer andern Gruppe um Eröffnung der Bauchhöhle,

Vorziehen des Magens, Eröffnung desselben und Herausnahme des Fremdkörpers. Fälle so verschiedener Natur können nicht mit einander verglichen werden. Immerhin aber muss hervorgehoben werden, dass von zehn Fällen, wo der Magen nicht angelötet war, wo also die Bauchhöhle eröffnet werden musste, acht heilten, obwohl vier davon in die vorantiseptische Zeit fallen. Dieses wirft nun ein ziemlich genügendes Licht auf die Frage der Indikation der Gastrotomie. Wenn auch eine von Demme angestellte Untersuchung ergeben hat, dass bei verschluckten Gabeln in der grösseren Zahl der allerdings wenigen Fälle eine natürliche Elimination stattgefunden hat, so muss aber doch im Hinblick auf die angeführten Resultate und bei dem heutigen Zustande der Chirurgie zugegeben werden, dass der Magenschnitt zulässig ist, wenn der verschluckte Körper überhaupt im Magen lange Zeit liegt und Beschwerden verursacht, ungeachtet die natürliche Elimination abgewartet werden könnte.

Erwägen wir jetzt noch kurz die Frage, welches die Veranlassung zum Verschlucken von Fremdkörpern ist, so müssen wir sagen, dass bald Ungeschicklichkeit, bald Geisteskrankheit, bald Absicht, bald Hysterie und bald ein Zufall die Veranlassung zum Verschlucken von Fremdkörpern geben, aber das Plus der Fälle über verschluckte Fremdkörper werden wir wohl bei hysterischen, geisteskranken und bei in selbstmörderischer Absicht handelnden Personen zu suchen haben.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Ritter v. Angerer, für die gütige Überlassung des Themas, sowie Herrn Professor Dr. Schmitt für den freundlichen Beistand bei Anfertigung meiner Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Schmidts Jahrbücher der gesamten in- und ausländischen Medizin.

Eulenburg, Realencyklopädie.

Tillmanns, Lehrbuch der Chirurgie.

von Langenbeck, Archiv für klinische Chirurgie.

Prager Medizinische Wochenschriften. Jahrgang 1864 und folgende.

Virchow und Hirsch, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Theodor Alfred Maria Pellengahr, als Sohn des Grossgrundbesitzers Hubert Pellengahr und seiner Gattin Bertha, geb. Overesch, am 26. Mai 1872 zu Ascheberg i/W., woselbst ich die Elementarschule besuchte und Privatunterricht erhielt.

Herbst 1886 wurde ich in die Quarta des Gymnasiums zu Münster i/W. aufgenommen. Ostern 1888 bezog ich das Gymnasium zu Rheine i/W, welches ich Ostern 1891 mit dem Zeugnis für Prima verliess und besuchte bis zu meinem Abiturientenexamen, Ostern 1894, das Gymnasium zu Coesfeld i/W.

Mit Beginn des Sommersemesters 1894 bezog ich die Universität Freiburg i/Brg., um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich bezog darauf nacheinander die Universitäten München, Kiel, München, Erlangen, an welch' letzterer Universität ich die ärztliche Vorprüfung bestand. Dann bezog ich wieder die Universität München, woselbst ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe beim Kgl. Bayer. I. Feld-Artillerie-Regiment „Prinz-Regent Luitpold" genügte. Die folgenden Semester studierte ich ebenfalls in München und bestand am 4. Februar 1902 die ärztliche Approbationsprüfung.